Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 20 marca 1880. № 12. Rok XIX.

I. Zator tętnicy płucnéj z przebiegiem nader pomyślnym.

Skreślił Dr. **Ferdynand Obtułowicz.**

W dziale literatury lekarskiéj omawiającym choroby naczyń napotykamy nie rzadko na przypadki zatoru tętnicy płucnéj, kończące się zazwyczaj śmiercią po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu pełnego cierpień; w ogóle jednak do rzadkich wyjątków policzyć należy przypadki ze zejściem pomyślném, szczególniéj jeżeli wszystkie przypady cechujące to niezwykłe cierpienie dochodziły do stopnia groźnego za życia. Źródło dla zatoru tętnicy płucnéj, jak to dzięki badaniom Virchowa powszechnie już wiadomo, stanowi zakrzepica, występująca gdziekolwiek w układzie naczyniowym żylnym, czy to w żyłach zaopatrujących odnogi dolne, zwłaszcza w tak zwanych żylakach ocieklinowych, czy to znów pojawiająca się w splotach żylnych wieńczących macicę, szczególniéj przy zwijaniu się jéj po porodzie; czy też wreszcie pomijając już inne narządy ogarniająca zakątki serca prawego, zwłaszcza jego uszko. Jeżeli zaś gdziekolwiek w układzie żylnym wytworzą się skrzepy, to ustrój takiego chorego zawsze jest narażonym na groźne niebezpieczeństwo, częstokroć bowiem nieznaczna przyczyna, jak np. ruch szybszy lub nagłe wstanie z łóżka, wystarczy do oderwania się kawałka skrzepu i zaczopowania mniejszéj lub większéj gałęzi tętnicy płucnéj. Dalszy przebieg cierpienia zależy już od wielu warunków, między któremi wielkość zatoru i szybkość wyrównania się krążenia za pomocą obiegu pobocznego najważniejszą odgrywają rolę. Po bliższe szczegóły odnoszące się do całego obrazu chorobowego, który na lekarzu praktycznym z powodu jego bezsilności nader przykre robi wrażenie, odsyłam szan. czytelników do pięknéj pracy Gerhardta, umieszczonéj w zbiorze Volkmanna Nr. 91 (*Der haemorrhagische Infarkt, Leipzig 1875*), jako też do cennéj rozprawki prof. Henniga z Lipska umieszczonéj w „*Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XV 1875*, str. 436. „*Die Embolie der Lungenschlagader bei Schwangeren und Wöchnerinnen,*“ które to prace służyły dla mnie obok rozpatrzenia się w zbiorach Virchowa i Hirscha za wyborną nitkę przewodnią przy kreśleniu poniżéj opisanego przypadku, powziętego z praktyki prywatnéj. Ta też ostatnia okoliczność powinna mi z jednéj strony zjednać pobłażanie szan. czytelników, jeżeli pominę jaki drobniejszy szczegół lub nie dość umiejętnie wyczerpnę przypadek obserwowany, z drugiéj strony zaś nie wątpię, że ich skłoni do uważnego odczytania tego przyczynka do kazuistyki chorób naczyniowych, zwłaszcza że im może służyć niejako za illustracyję do przypadków podobnych, mogących w praktyce się zdarzyć niejednokrotnie.

A. S., człowiek zamożny i nadzwyczaj otyły, bo ważący do 250 funt., liczący lat 65, nie przebywał w swém życiu żadnych chorób cięższych; w ostatnich latach dziesięciu wyjeżdżał z powodu otyłości corocznie prawie do wód karlsbadzkich. Chodził zawsze dobrze i nie miewał nigdy żadnych owrzodzeń ani nawet darcia w odnogach dolnych. W kwietniu r. 1870 z przyczyny niewiadoméj zauważył lekki obrzęk w dolnéj połowie podudzia lewego; zawezwany prof. Dr. Rosner zalecił spokój i oklady ex aq. Saturnina na odnogę ułożoną na płaszczyźnie lekko pochyłéj. Rozpoznanie odnosiło się do lekkiego zapalenia wzdłuż żyły kostkowéj większéj. Chory lekceważąc sobie to nieznaczne zrazu cierpienie, nadto z natury już porywczy i niecierpliwy, nie przestrzegał ściśle przepisów swego lekarza, a gdy nadto przy przenoszeniu go z łóżka na kanapę nieuważny służący szarpnął silnie odnogę chorą, stan pogorszył się znacznie, tak że dnia 1 maja r. z. przy naradzie złożonéj z profesorów Bryka i Rosnera jakoteż sprawozdawcy obraz chorobowy przedstawił się w sposób następujący:

Mężczyzna wzrostu wysokiego, bardzo dobrze zbudowany i jak na wiek swój dosyć jeszcze krzepki, cery twarzy bladéj, z podściółką tłuszczową nader obficie rozwiniętą, zwłaszcza pod skórą brzucha, którego powłoki w postaci dwu grubych fałdów zakrywają obie okolice pachwinowe i uciskają miernie naczynia udowe, a szczególniéj żyły po-

wierzchownie ułożone; ciepłota ciała prawidłowa, tętno przyspieszone, nie zbyt pełne, miękkie, 84 na minutę. W organach wewnętrznych nie wykryto żadnego ważniejszego zboczenia; w płucach szmery oddechowe prawidłowe, tony serca czyste. Co do cierpienia miejscowego, to cała odnoga dolna lewa, szczególniéj zaś dolna jéj połowa okazuje się w dość znacznym stopniu obrzękłą. Skóra na podudziu mocno zaczerwieniona, napięta, zwłaszcza w okolicy przodkowowewnętrznéj; kostek obu zupełnie nie znać. Na powierzchni tylnéj tegoż podudzia widać liczne pęcherze na tle skóry zaczerwienionéj, powstałe skutkiem podniesienia przyskórka przez ciecz surowiczą, nieco mętną, pod nim nagromadzoną. Ciepłota miejscowa téj odnogi wyższa niż odnogi prawéj zdrowéj a za uciskiem tworzy się dołek dość szybko się wypełniający, co świadczy o świeżém powstaniu obrzęku. Chory skarży się na ból w całéj odnodze, szczególniéj w podudziu wzmagający się za uciskiem. Cały obraz chorobowy robi na pierwszy rzut oka wrażenie zapalenia różycowatego skóry i tkanki łącznéj podskórnéj (*Phlegmone*), tylko że mimo najtroskliwszego badania nie można było ani powierzchownie, ani w głębi wyczuć najmniejszego chełbotania. Przy śledzeniu przebiegu żyły kostkowéj większéj wymacać można w miejscu jéj i wzdłuż jéj przebiegu sznurek okrągławy, przypłaszczony, grubości przeszło pióra gęsiego, który gubi się dopiero w połowie uda. Na podstawie tego rodzaju danych stwierdzono w całości rozpoznanie powyższe, tj. zapalenie ścian żyły kostkowéj większéj, któremu towarzyszy zakrzepica w jéj środku, a rozpoznanie to tłumaczyło bardzo dobrze przypady powyżéj opisane, szczególniéj zaś: obrzmienie odnogi wraz z zaczerwienieniem skóry w postaci szerokiéj wstęgi, wzdłuż przebiegu żyły wspomnianéj, które było prostém następstwem utrudnionego odpływu krwi żylnéj z odnogi, z powodu zaczopowania głównéj żyły skórnéj w znacznéj części jéj długości.

Co do zabiegów terapeutycznych, to zalecono tak jak dawniéj, spokój przedewszystkiém i okłady zimne z wody ołowiowéj trzymanéj w lodzie. Pęcherze na podudziu ponakłówano, miejsca te pokryto płatkami z cienkiéj ceratki (*Protectiv-silk*). nogę zaś ułożono na płaszczyźnie lekko pochylonéj w łóżku umyślnie zbudowaném z podstawką przesuwalną dla podparcia głowy. Leków na wewnątrz, prócz wody gorzkiéj w razie potrzeby, nie podano żadnych, a co do dyjety, to ograniczono się do potraw posilnych, mięsnych, lekko strawnych, z wykluczeniem wszelkich legumin.

Pod względem ajtyjologii przypadek ten pozostał dla nas o tyle ciemnym, że nie można było wykazać żadnéj zewnętrznéj przyczyny, któraby działając wprost zewnętrznie mogła była wywołać zapalenie to żyły podskórnéj; badanie zewnętrzne nie wykazywało wydatnego rozdęcia żył powierzchownych na obu odnogach dolnych, trzeba było zatém przy tłumaczeniu sprawy chorobowéj uciec się do przypuszczenia osłabionéj funkcyi serca, którego mięsień przy tak znacznéj otyłości niezawodnie jest pokryty grubą warstwą tłuszczu. Płaszcz taki otulający serce może w pewnym stopniu utrudniać energiczne kurczenie się jego, co zupełnie licuje z tętnem niezbyt pełném, miękkiém i w porównaniu z ciepłotą ciała dość szybkiém, bo przechodzącém zazwyczaj 80 uderzeń na minutę. Dodawszy do tego owe wyżéj wspomniane fałdy powłok brzusznych uciskające żyły skórne na obu udach i utrudniające odpływ krwi żylnéj z odnóg dolnych, powolniejszy już nawet w stanie zupełnie prawidłowym, łatwo wytłumaczyć sobie możemy, że przy podobném usposobieniu chorego nie zbyt znaczne nawet zadziałanie szkodliwości zewnętrznych, na które chory może nawet nie zwrócił baczniejszéj uwagi, mogło sprowadzić zapalenie żyły z następowém jéj zatkaniem, czyli krótko mówiąc, cały powyżéj skreślony obraz chorobowy.

Aby ile możności nie dopuścić potęgowania się cierpienia miejscowego, zalecono celem uniknięcia wszelkich szkodliwości przy przenoszeniu tego zbyt otyłego, a ztąd i ciężkiego chorego, zbudować łóżko tego rodzaju, aby za pomocą odpowiedniego przyrządu można chorego wywindować do góry, podczas gdy właściwe łóżko prześcielano. W tym téż celu zrobił stolarz miejscowy p. Tabulski, według wskazówek podanych przez prof. Bryka, łóżko mocne z podstawką przesuwalną pod głowę. Do boków łóżka tego były za pomocą ukośnie ułożonych sztab żelaznych przymocowane ramy z trzema silnemi i szerokiemi wstęgami, zrobionemi z płótna żaglowego, na których spoczywał chory. Przez pociągnięcie klamry przybitéj do krótszego boku ram powyższych, odpowiadającego nogom i pomaganie drążkiem przesuniętym przez haki przytwierdzone do przeciwległego boku krótszego, odpowiadającego głowom, można ramy te wznieść wraz z chorym dość wysoko po nad łóżko właściwe; wysokość ta oczywiście odpowiada długości sztab żelaznych. Tym sposobem odnoga chora mogła zawsze pozostać w zupełnym spokoju, bo czy to w celu przesłania łóżka, co okazywało się rzeczą niezbędną podczas gorącéj pory roku, czy téż znów przy oddawaniu stolca trzeba było tylko pociągnąć ramy do góry, do czego wystarczało dwu ludzi, poczém można było z wszelką swobodą czynność odpowiednią załatwić. Następnie spuszczono powoli chorego, wyciągnięto pas środkowy i chory spoczywał na świeżém prześcieradle. Dodany przyrząd z kółkiem zębatém i poruszany korbą mógłby oczywiście zastąpić nawet bardzo dobrze i klamrę i drążki, a jedna osoba mogła była wystarczyć zupełnie do wywindowania chorego.

Przy tak dogodnych urządzeniach, na które kosztów nie szczędzono i przy nader troskliwéj opiece lekarskiéj stan nogi choréj polepszał się z dniem każdym, zaczerwienienie wzdłuż żyły kostkowéj ustępowało zwolna, również i obrzęk od uda ku kostkom niemal z dniem każdym się zmniejszał, a wymiary objętości nogi w połowie podudzia robione i porównywane z objętością nogi zdrowéj przekonywały dostatecznie o pomyślnym przebiegu cierpienia. Po dwu tygodniach usunięto téż i okłady z wody ołowiowéj trzymanéj w lodzie a miejsca obnażone z przyskórka opatrywano maścią z niedokwasu zynku. (Zinci oxyd. 5,00, ung. emoll. 40,00).

Kiedy już stan chorego był względnie zadowalający i wkrótce nawet spodziewać się należało, że chory będzie mógł łóżko opuścić, wystąpiły nagle i nadzwyczaj gwałtownie przypady cierpienia, którego obawialiśmy się od początku choroby; gdyż jak już powyżéj wspomniałem, gdzie jest zakrzepica, tam sama przez się nasuwa się groźna obawa przed zatorem. Napad zatoru tętnicy płucnéj wystąpił dnia 15 czerwca o godzinie 5 zrana. Chory przebudził się i począł się uskarżać na ogromną duszność i brak powietrza, a prof. Rosner, który przybył natychmiast z pomocą lekarską, stwierdził wybitne objawy cierpienia tego grożącego śmiercią choremu. Na twarzy zsiniałéj cierpiącego malował się głęboki zapad połączony z wyrazem ogromnego przestrachu, zimny pot kroplami spływał po bladém jego czole; tętno nadzwyczaj szybkie i nitkowate nie dające się policzyć, ruchy oddechowe również szybkie i malujące dobrze ten niedostatek powietrza potrzebnego do spraw życiowych, a chory co kilka

sekund wołał z trwogą i rozpaczą, łapiąc się za piersi: „Ratujcie, powietrza, tchu mi brakuje.“ Ręce i nogi zimne, płatki czarne latające przed oczami i poznawanie najbliższych nawet osób z rodziny tylko po ich głosie, ból głowy i szum w uszach świadczą o nagłéj niedokrewności mózgu. Zalecono natychmiast podawać co ½ godziny mały kieliszek mocnego wina węgierskiego. Koło godziny 9téj z rana miałem sposobność robienia spostrzeżeń osobiście w tym rzadkim przypadku chorobowym. Tętno wtenczas chociaż zawsze nikłe i bardzo szybkie dało się już policzyć, uderzało 150 razy na minutę; oddechy szybkie i forsowne, a stękania i prośby o ratunek, o powietrze, ciągłe, niemal bez przerwy. Prof. Bryk przybył również wkrótce, a wynikiem wspólnéj narady było, aby co ½ godziny choremu podawać po kieliszku mocnego wina węgierskiego, tak jak już to poprzednio zrobiono, a nadto po 20 kropli Liquoris amonii anisati naprzemian z winem; prócz tego zalecono postawić czterdzieści baniek suchych na klatkę piersiową celem zmniejszenia nawału krwi do płuc i od czasu do czasu stawiać gorczyczniki Rigolotta. Rozpoznanie jednomyślnie odnosiło się do zatoru większéj jakiejś gałązki tętnicy płucnéj po stronie prawéj, gdyż jak doświadczenie kliniczne poucza, po stronie prawéj zdarzają się nierównie częściéj zatory i zawały krwotoczne w następstwie, prawdopodobnie z powodu większego światła gałęzi prawéj tętnicy płucnéj i silniejszego prądu krwi tamże; a z rozpoznaniem tém licowały nie tylko użalania się chorego na kłócie i ból w boku prawym, obok obfitszych rzężeń wilgotnych pokrywających płuco prawe, ale głównie zniknięcie nagłe znacznego, bo do 6 cm. dochodzącego czopu z części udowéj żyły saph. maj. Hennig (l. c. str. 446) stwierdza, iż w literaturze znalazł między 13 przypadkami zatoru tętnicy płucnéj 9 razy zaczopowanie gałęzi prawéj, 2 razy tylko lewéj, a 2 razy zarówno prawéj jak i lewéj.

Po postawieniu baniek i pokrzepieniu sił chorego lekami podniecającemi czynność serca, tętno nieco zrzedniało i stało się wybitniejszém, a i napady duszności nie tak często się pojawiały, tak że chory tylko co pół minuty błagał „o ratunek i o powietrze.“ Tętno uderzało 132—140 razy na minutę, oddychanie było szybkie, odpowiadając nieledwie sekundom. W nogi postawiono kamionki z ciepłą wodą, na ręce zaś zimne i zimnym potem pokryte zastósowano kąpiołki z gorczycy.

Koło południa zaczął chory się uspokajać, tętno stało się nieco pełniejszém, uderzało 120 razy na minutę, a napady duszności powtarzały się co kilka minut. Przy powtórnéj naradzie lekarskiéj zalecono postawienie raz jeszcze dwudziestu baniek suchych na przodkową i boczne ściany klatki piersiowéj i podawanie w większych już odstępach czasu, bo co 3 kwadranse, wina i Liquoris amonii anisati. Popołudniu chory posilił się trochę tęgim rosołem, a nadzieja ocalenia go była już tém większą, o ile że napady duszności ciągle rzedniały, tak że koło godziny 5téj już prawie zupełnie ustąpiły; chory tylko jeszcze od czasu do czasu chwytał się za piersi i narzekał na brak powietrza. Tętno utrzymywało się przy 120 uderzeniach na minutę i lubo zawsze jeszcze nie zbyt pełne i miękkie, było jednak nierównie wybitniejszém, niż w południe.

Noc pod mym nadzorem lekarskim przeszła spokojnie, a z rana dnia następnego było jeszcze kilka lekkich napadów duszności, które potém już ustąpiły bezpowrotnie. Chory odzyskał swobodę umysłu, pozbył się przestrachu i wyrazu konającego ze swéj twarzy; pot zimny nie zlewał już czoła, a ręce i nogi przybrały znów ciepłotę prawidłową.

Opukiwanie chorego tak dnia poprzedniego wieczorem jak i 16 czerwca z rana uskutecznione, nie zdołało z przodu żadnego stłumienia wykazać; tylnéj ściany klatki piersiowéj nie opukiwano zrazu w chwili duszności, aby chorego mocno osłabionego i zbyt ciężkiego nie męczyć podnoszeniem; dopiero pod wieczór dnia 15 czerwca i nazajutrz podczas poprawiania łóżka szybko badania na tylnéj ścianie klatki piersiowéj dokonano. W górze po obu stronach był odgłos wypukowy jawny i pełny, a tylko poniżéj kąta łopatki prawéj nieco krótszy, niż po stronie lewéj. Przysłuchiwanie wykazało tylko rzężenia wilgotne, średniobańkowe, ale już dość skąpe i furczenia po obu stronach klatki piersiowéj; z tyłu zaś poniżéj kąta łopatki prawéj niemal zupełny brak szmerów oddechowych.

W dniach następnych ciepłota ciała podnosiła się do 39·5° C., poczém zwolna opadała. Prócz rzężeń nie można było z przodu w płucach wykazać żadnego ogniska zapalnego o wydatnych szmerach oddechowych z charakterem oskrzelowym i o wypuku wydatnie stłumionym.

(Dokończenie nastąpi).

II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

I.

Zmiażdżenie łokcia i ramienia. Wyłuszczenie pierwotne w stawie barkowym. Wyzdrowienie.

podał Dr. W. Wehr.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Dalszy przebieg był powikłany: ropniem w okolicy lędźwiowéj lewéj, z licznemi naciekami ropiastemi z przodu, boku i tyłu klatki piersiowéj, jako też przejściem w zgorzelinę części skóry w placie w trzech miejscach odpowiadających zębom koła, które z przodu w okolicy podobojczykowéj i z tyłu w okolicy grzebienia łopatki ugniotły były okolicę stawu. Po utworzeniu się ropnia w okolicy lędźwiowéj chory przypomniał sobie, że i w to miejsce był uderzony. Gorączka z charakterystycznym typem ropienia (ranne opady, wieczorne wzmagania się z różnicą większą niż 1°) utrzymywała się pomiędzy 37,1 a 39,6 aż do połowy czwartego tygodnia t. j. do czasu wyśledzenia, otwarcia i przedrenowania ostatniéj zatoki. Pomimo to chory 7go dnia po operacyi wstaje do opatrunku i przechadza się przez pokoje; d. 17 po nadwerężeniu wyczuć się dało po raz ostatni tarcie grzebienia łopatki.

Dnia 24/XII tj. po 7 tygodniach chory opuścił zakład z kilkoma ziarniną wypełniającemi się miejscami po drenach. Zrost grzebienia łopatki zupełny, miejsca zgorzelinowe blizną zajęte, zaokrąglenie barku możnaby nazwać estetycznem, gdyby niestety utrata członka tego pojęcia nie wykluczała.

Badanie odjętéj odnogi wykazało, że górny odłamek kości ramieniowéj od szczytu główki do miejsca złamania 17 cm. długi, miał w dolnéj połowie 4 podłużne szczeliny, z których najdłuższa od wewnątrz i tyłu g u b i ł a s i ę w s z y j c e c h i r u r g i c z n é j. Tętnica nie naderwana.

Tak więc ocenienie tego przypadku przed operacyją stwierdzoném zostało w drobnych niemal szczegółach przebiegiem klinicznym i badaniem odjętych części.

Przedstawiwszy w ten sposób o ile mogłem najwierniéj i najtreściwiéj cały obraz tego nadwerężenia, pozwolę sobie

poświęcić słów kilka krytyce własnego postępowania. Wydaje mi się to bowiem na miejscu i czasie z dwóch powodów: raz dla wydobycia jak największych korzyści z nabytego doświadczenia, powtóre dla zachęcenia szan. kolegów do tego rodzaju otwartéj oceny własnéj swéj działalności.

Najprzód co do kazuistyki obrażeń odnóg górnych, to ze sprawozdania 17lecia Billrotha pouczamy się, że po stanach zapalnych odnóg dolnych największa liczba chorych przybywała do kliniki w skutek obrażeń odnóg górnych. Czy tak samo ma się rzecz w innych klinikach, w wielkich lub małych miastach, po szpitalach, w prywatnéj praktyce? Tak przynajmniéj wypływa z porównania kilku innych sprawozdań klinicznych, co w każdym razie dowodzi, że nadwerężenia odnóg górnych należą do rzędu najczęstszych chorób chirurgicznych, a tém samém już z praktycznych względów zasługują na dokładniejsze obeznanie się z niemi.

Najważniejszemi a często i najtrudniejszemi dla każdego praktyka przy obrażeniach ciężkich machinami są 3 pytania: czy amputować, jak wysoko i kiedy (wcześnie, pierwotnie lub późno, następowo)? Pytania zaś te przy obrażeniach odnóg górnych wypada nam najtroskliwiéj rozebrać, 1) ze względu na wartość każdego z tych członków dla organizmu, 2) że dziś posiada chirurgija w opatrunku aseptycznym tak silnego i pewnego sprzymierzeńca, że nawet obumarcie części odnóg może nie wpływać na rokowanie ogólne co do życia chorego. (Gussenbauer: *Die traumatischen Verletzungen*).

W przypadku niniejszym rozebrałem dokładniéj zapatrywania Kolegi M. aby dowieść, że pomimo przekonań najsilniéj konserwatywnych w tym względzie, w większéj liczbie obrażeń przez machiny amputacyja jest niestety konieczną i nieuniknioną. Że ocenienie, czy amputować, czy działać zachowawczo, w wielu przypadkach nie jest rzeczą łatwą, okazuje stan obecny, bieg kliniczny i zapatrywania kolegi M. Stan obecny bowiem chorego przedstawiał obraz zniszczenia tego rodzaju, że już niewielkie doświadczenie w tym względzie mogło naprowadzić na myśl niemożebności utrzymania odnogi. Słowem, aby użyć zrozumiałego nam technicyzmu: przypadek był łatwym. Pomimo to przedstawiał w ocenieniu trudności koledze posiadającemu godną uznania rutynę praktyczną. Przebieg kliniczny dowiódł, jak silném i rozległém było obrażenie, a zarazem pouczył, jak pożyteczną jest rzeczą przy nadwerężeniach machinami, gdzie równocześnie działa kilka form urazu, jako to: gniecenie, ciągnienie, darcie, skręcenie, myśleć zawsze o nadwerężeniu dalszém, niż miejsce widocznego obrażenia przedstawia. U naszego chorego pomimo ścisłéj *asepsis* cała niemal tkanka podskórna klatki piersiowéj, grzbietu i lędźwi po stronie lewéj po przejściu w zgorzelinę oddzieliła się, a więc skutki urazu wyszły na jaw po za przypuszczalną granicą obrażenia; skóra w płacie przeszła częściowo w zgorzelinę ~ kość barkowa mimo ciągłości była rozszczepaną niemal do samego stawu. Przy amputacyi ramienia zgorzelina płatu byłaby więc udaremniła zabieg operacyjny a i kość bez oddziałania nie pozostała. Mimowolnie nasuwa się tu uwaga: jeśli tak trudném jest ocenienie, czy części zdruzgotanych odnóg nie dałyby się zachować a wychodzimy z zasady nowoczesnéj chirurgii zachowawczéj, to działajmy zawsze konserwatywnie a amputujemy dopiero wtedy, gdy część odnogi podpadnie zgorzelinie i linija demarkacyjna się wytworzy. Wszakże przy obrażeniach udzielamy pomocy zazwyczaj w bardzo krótkim czasie po nadwerężeniu, gdzie *asepsis* daje się jeszcze ściśle przeprowadzić, a w takim razie części zgniecione, zmiażdżone *ad maximum* mogą się oddzielić bez miejscowéj i ogólnéj reakcyi. (Gussenbauer l. c.). To piękne rozumowanie zbija jednak odpowiedź na trzecie pytanie, kiedy amputować? Tu bowiem statystyka wykazuje, że największa śmiertelność po amputacyjach i wyłuszczeniach przypada na operacyje następowe po nadwerężeniach. I tak ze sprawozdania Güterbocka (*Archiv für klin. Chir.* XXII, 1) wynika: na 119 amputacyj i wyłuszczeń umarło 45 (37,8%) z których po urazie amputowanych umarło 63%, tak więc amputacyje w skutek chorób chronicznych przedsiębrane dają zawsze lepsze rezultaty niż po nadwerężeniach. Jeśli jednak amputacyja i wyłuszczenia po nadwerężeniach podzielimy na pierwotne (przed wystąpieniem objawów zapalnych przedsiębrane w pierwszych 24—48(?) godzinach) i następowe, to przekonamy się, że największy procent śmierci przypada na amputacyje i wyłuszczenia następowe po urazie ($54\frac{1}{2}$%), gdy pierwotne dają procent śmierci taki sam niemal, jak w cierpieniach chronicznych (34%). Twierdzenie to popierają najpoważniejsi chirurdzy. Ztąd wynika ta bardzo ważna w praktyce zasada, że ocenienie danego przypadku po nadwerężeniu odnóg i decyzyja szybka, czy amputować przed upływem 24 godzin, wpływa na życie chorego, albowiem polepsza o kilkanaście procent szanse wyzdrowienia. Przypadek opisany z wynikiem pomyślnym zasadę tę potwierdza.

Co do śmiertelności przy wyłuszczeniach w stawie barkowym, ta jest dość znaczna: Koenig podaje 40%, Billroth z lat 17 podaje 20 wyłuszczeń, z których 11 umarło (jednak 8 przybyło już zakażonych septycznie, z 7 umarło 1 wyzdrowiał) z 12 niezakażonych

w skutek urazu 9 a 4 um.
„ chorób chr. 3 a 0 um.

Gueterbock (l. c.) od 1872—75
8 a 6 um.

z tych wyłuszczeń:

pierwotn.	następ.	patolog.
po urazie		
5 a 3 um.	2 a 2 um.	1 a 1 um.

Krönlein[1])
2 a 1 um.

z których:

patol. 1 a 1 um.
traum. [2]) 1 a 0 um.

Uhde (1849—1852)
9 a 5 um.

Jedynym po dziś dzień chirurgiem, który najlepsze miał rezultaty po wyłuszczeniach w stawie barkowym, był Larrey; ze 111, które robił, 14 umarło! W istocie statystyka zachęcająca do naśladowania.

Co do metody operacyjnéj: to opisywanie tejże przez różnych autorów z licznemi odmianami nie ma w praktyce wielkiego znaczenia, już z tego powodu, że wycięcie płatu musi się modyfikować przy nadwerężeniach odpowiednio do przypadku. Dwie lub trzy znane metody wystarczą wszędzie.

---

[1]) *Die Langenbeck'sche Klinik. Bericht. Archiv für klin. Chir Suplement.* Band. XXI.

[2]) Podobny przypadek do opisanego; wyłuszczenie było zrobioném w 9 godzin po nadwerężeniu z wyzdrowieniem.

Najistotniejszą zaś częścią operacyi jest opanowanie pewne krwotoku; co też było moją przewodnią myślą w tym przypadku. Aby zaś chory się nie skrwawił, wybrałem drogę operacyjną najkrótszą i najprostszą, a pouczony podczas asystentury klinicznej doświadczeniem, że ucisk wężem elastycznym Esmarcha przy wyłuszczeniu barku bywa często niepewnym, wolałem go zastąpić uciskiem bezpośrednim w płacie. Kol. M. wywiązał się ze swego zadania tak dobrze, że przebieg operacyi równał się prawie bezkrwawemu. Trud zaś wynagrodzony został ocaleniem życia chorego.

III. Oceny i sprawozdania.

J. Cohnheim. **Die Tuberkulose vom Standpunkte der Infectionslehre.** Lipsk 1880.

Zasługa odkrycia, że gruźlica da się z jednego ustroju na drugi przenosić, czyli że jest po prostu chorobą zakaźną należy się Villeminowi. Długo nie mogli się lekarze oswoić z tą myślą, lubo codzień patrzą na gruźlicę w różnych acz zawsze podobnych do siebie postaciach i do dzisiejszego dnia większość uważa gruźlicę jedynie za chorobę nader pospolitą, na którą żadnego nie ma lekarstwa.

Rdzeń nauki Virchowa tkwi, jak wiadomo, w odróżnieniu ścisłém gruzełka od spraw w serowacenie przechodzących, tak zapalnych jak i hiperplastycznych. Gruzełek jestto guziczek mały, za młodu nie większy od główki szpilki, złożony z komórek okrągłych, podobnych do ciałek limfatycznych, który róść może aż do wielkości soczewicy. Gruzełki większe polegają na zlaniu się pewnéj liczby mniejszych. W środku gruzełka, który już daléj róść nie może, powstaje skutkiem utraty wody i przemiany tłuszczowéj masa naprzód serowata, która prędzéj lub późniéj obumiera a następnie mięknie. Na powierzchni błon śluzowych powstają przezto wrzody. Podobieństwo téj sprawy do obrzmienia zołzowego gruczołów limf. i zapalenia płuc serowatego, które są sprawami hiperplastycznemi i zapalnemi, polega tylko na tém, że i tu w późniejszych okresach przychodzi do serowacenia. Zmiany więc ostateczne w tych wszystkich sprawach są jednakie, lecz mimo tego nie ma między niemi bliższego związku, gdyż i w chorobach zupełnie odmiennych, jak wypocinach zapalnych, rakach, mięsakach, chrząstakach trafia się zmiana serowata.

Teraz o serowaceniu inne mamy pojęcia, do których przyczynił się głównie Weigert. Części zserowaciałe zawierają w sobie zazwyczaj mało tłuszczu, mają konsystencyję grubo skrzepłego białka, nie mają jąder, zwykłych mikroskopowych barwików nie przyjmują czyli innemi słowy nie potrzebują obumierać, bo już są obumarłe a zmięknienie i wrzodzenie jest tylko tego następstwem. Co do samego gruzełka zgadzamy się z dawniejszemi pojęciami Virchowa, ale wiemy, że obok komórek podobnych do ciałek limf. trafiają się i inne większe, do przybłonkowych podobne i olbrzymie. Według poszukiwań Schüppla obrzmienie zołzowe gruczołów limf. nie jest dalekiém od gruzełka.

Z doświadczeń Villemina wszędzie potwierdzonych wypada, że istota gruźlicza wprowadzona do ustroju zwierzęcego wywołuje w nim znowu gruźlicę, lubo udanie się tych doświadczeń zależy w znacznym stopniu od rodzaju zwierzęcia. Na psach np. udaje się to trudno a łatwo na królikach i świnkach morskich. W jaki sposób wprowadzamy zwierzęciu istotę gruźliczą, nie wiele znaczy. Doświadczenie udaje się, czy istotę wspomnioną zaszczepimy, czy ją wprowadzimy do opłucny lub otrzewny itd., czy będziemy króliki karmić produktami gruźlicy lub każemy im wziewać powietrze z rozpyloną substancyją gruźliczą. Czy w ten lub ów sposób dużo lub mało wprowadzimy, również nie wiele znaczy. Daleko ważniejszą jest rzeczą wprowadzić masę przerzeczoną ile możności świeżą i nierozłożoną. Im dana substancyja warunkom tym więcéj odpowiada, tém skutek doświadczenia pewniejszy i rychlejszy. Tym sposobem można przenosić gruźlicę na zwierzęta a z nich daléj przez następne szczepienie.

Doświadczenia te dopiero wtedy zyskały na ważności, gdy przekonano się, że gruźlica powstaje tylko przez przeniesienie istoty gruźliczéj czyli innemi słowy, że do gruźlicy należy wszystko, co przeniesione na odpowiednie zwierzęta wywołuje u nich znowu gruźlicę. W ten sposób nie będzie już wątpliwości, czy ta lub owa zmiana patologiczna jest lub nie jest gruźlicą, bo doświadczenie na zwierzętach rozstrzygnie to na pewne. Następstwa pylic rozmaitego rodzaju mogą być nader podobne do gruźlicy, ale przecież nią nie są, chociaż swoją drogą mogą się z nią łączyć i rzeczywiście często łączą. Uczy daléj doświadczenie, że szczepiąc produktami zołzowemi wywołujemy gruźlicę tak samo, jak szczepiąc kawałkiem płuca zapalonego i zserowaciałego lub jądra. Wszystkie zatém sprawy te pod względem anatomicznym tak różne przecież ostatecznie jednę stanowią chorobę, tak jak jednego są początku kiłowa zmiana kości, kilak mózgu lub łuszcz na skórze kiłowy. Dowodzi to wymownie, że stanowisko anatomiczne w patologii obecnie nie wystarcza. Z tego wypada, że mimo braku różnicy anatomicznéj między gruzełkiem z jednéj a guzkiem kiłowym, liszajowym lub niewinnym ziarnakiem z drugiéj strony, różnica patologiczna istnieje a guzek wtedy tylko odnieść należy do gruźlicy, gdy jest płodem właściwego jadu gruźliczego. Szczepienie zserowaciałym kawałkiem mięsaka lub mięśniaka, guzkiem liszajowym lub chłoniakiem pozostaje bez skutku, gdy udaje się szczepienie prawdziwym gruzełkiem lub gruczołem zołzowym. W gruźlicy zatém tak samo jak w chorobach zakaźnych główną gra rolę czynnik etyjologiczny. Być może, że w przyszłości uda się wykryć anatomiczną cechę gruzełka, może właściwe ciałka gruźlicze, lecz dopóki to nie nastąpi zaraźliwość jest i będzie jedyną oznaką charakterystyczną gruźlicy.

Jakoż już Virchow zwrócił uwagę, że gruźlica usadowiwszy się raz w ustroju szerzy się w nim daléj tak, jak gdyby go coraz więcéj zakażała. Tak mianowicie gruzełki i zmiany zapalne zołzowe serowacieją, późniéj mięknął i rozpływają się, przez co powstają jamy a na błonach śluzowych wrzody. Daléj wiadomo, że gruźlica łączy się chętnie ze zmianami zapalnemi podobnie jak zołzy, co nawet skłoniło Laenneca do przypuszczenia bliskiego związku między gruźlicą rozsianą i naciekłą. Dopiero doświadczenia Villemina rozświeciły tę sprawę.

Jak we wszystkich chorobach zakaźnych tak i w gruźlicy powstaje wszędzie produkt gruźliczy lub zołzowy, gdzie dostanie się jad gruźliczy i przez czas niejaki w nim przebywa. W pierwszéj zatém chwili ważną jest brama, którą dostał się do ustroju, bo z tamtąd dopiero rozmaitemi natu-

ralnemi drogami rozchodzi się dalej. Z tego wypada, że sposób szerzenia się gruźlicy jest nader rozmaity i że przez prąd krwi mogą najodleglejsze nawet organa być zajęte. Przemawia zatém doświadczenie i po wyprowadzeniu substancyi gruźliczéj do otrzewny, powstaje naprzód gruźlica otrzewny, wątroby i śledziony, po wprowadzeniu do komórki przedniej ocznéj w tęczówce, do jelit w gruczołach kreskowych, po wziewaniu plwocin rozpylonych ze suchotników, przedewszystkiém w płucach i gruczołach oskrzelowych, po wprowadzeniu pod skórę w najbliższych gruczołach limf. We zwłokach ludzkich atoli nie zawsze wykryć można drogi, któremi się rozchodził jad gruźliczy.

Najczęściéj jad przerzeczony dostaje się do ustroju ludzkiego z powietrzem oddechowém. Ztąd téż najczęściéj i najbardziéj zapadają płuca na gruźlicę; z tém zgadza się także okoliczność, że nader często opłucna i gruczoły limf. oskrzelowe i tchawicowe ulegają gruźlicy, gdy w płucach znajdujemy zmiany nieznaczne; stanowi to bowiem zupełną analogiję do szybkości, z jaką w pylicy np. węglanéj cząstki węgla dostają się do opłucny i gruczołów limf. Dlaczego w jednych przypadkach po dostaniu się jadu gruźliczego powstaje gruźlica rozsiana, w drugim zaś naciek gruźliczy, nie można jeszcze teraz wytłumaczyć; że jednak obydwie formy zawdzięczają swój początek jednemu jadowi, wątpliwości nie ulega. Na zajęciu opłucny i gruczołów limf. nie kończy się sprawa, przez rozpad i wrzodzenie opuszcza znów pewna ilość masy gruźliczéj płuca i dostaje się oczywiście przedewszystkiem do tchawicy i krtani i tu wywołuje właściwe wrzody. W taki sam sposób powstać mogą zmiany gruźlicze w przełyku, na podniebieniu, języku. Przez gardziel przesuwa się masa gruźlicza za prędko a w żołądku kwaśny sok nie sprzyja dalszemu rozwojowi gruźlicy, ztąd rzadkiemi są zmiany gruźlicze w obu tych organach. Natomiast w jelitach o wiele więcéj jest sposobności do infekcyi osobliwie w okolicy zastawki Bauhina, gdzie treść zatrzymuje się dłużéj. Dlatego najwięcéj znajdujemy zmian gruźliczych koło zastawki, następnie w dolnéj części jelita biodrowego, w kątnicy i okrężnicy wstępującéj, dlatego téż w mieszkach, w których istoty wessane naprzód się zatrzymują, przychodzi rychło do zmian gruźliczych i wrzodów. Następnie dopiero cierpią gruczoły kreskowe i narażona jest wątroba, w której przy uważném badaniu tak często znaleść można właściwe zmiany. Tak samo ulega otrzewna. Że w wielu przypadkach zmiany gruźlicze występują w krtani, zanim pojawią się w płucach, nie ma w tém nic nadzwyczajnego.

Tym sposobem przewód pokarmowy cierpi następowo; są atoli przypadki, w których zmiana jelit jest w nim wcześniejsza i większa niż w płucach. Dzieje się to u dorosłych, ale znacznie częściéj u dzieci. Tu by na uwagę zasługiwała okoliczność, że według Gerlacha, Klebsa i innych między gruźlicą u ludzi a perlicą u bydła rogatego bliski zachodzi związek i że niewątpliwie jad perlicy przechodzi do mleka. Tak wytłumaczyćby można pierwotną gruźlicę jelit i gruczołów kreskowych u dzieci mlekiem krowiém sztucznie karmionych a może i te częste zmiany zołzowe na wargach, w jamie ustnéj, przełyku i gruczołach limf. na szyi.

Uwagi godną jest gruźlica narządu moczopłciowego. Czy przez spółkowanie z kobietą cierpiącą na gruźlicę macicy może mężczyzna dostać gruźlicy cewki lub naodwrót kobieta przez nasienie mężczyzny na gruźlicę chorego gruźlicy części płciowych, trudno w téj chwili rozstrzygnąć. Jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że jad gruźliczy na wzór ziarnek cynobru, kropelek oliwy, gałeczek mleka lub prątków wydziela się przez kłębki w nerkach wraz z moczem. W ten sposób powstaje gruźlica kielichów nerkowych, moczowodów, pęcherza moczowego, następnie gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, przyjądrza. U kobiet przenosi się gruźlica na części płciowe najczęściéj z otrzewny do trąbek Falloppii i dopiero potém szerzy się dalej.

Wytłumaczenie gruźlicy opon mózgowych jest trudniejsze, gdyż pomijając suchoty nierzadko znajdujemy nieznaczne tylko zmiany w płucach lub gruczołach limf., a nieraz jak osobliwie u dzieci i tych nawet niema. Zresztą jak wytłumaczyć związek tych organów z chorobą mózgu? Weigert domyśla się, że gruźlica opon powstaje z rozszerzenia się zmiany w górnéj jamie nosowéj przez otwory kości sitowéj. Co do chorób kości przyrody niewątpliwie gruźliczéj, przypuszczaćby trzeba, z uwagi, że je po największéj części uraz wywołuje, że jad gruźliczy dostawszy się poprzednio do ustroju krąży w nim wraz ze krwią i wreszcie wydobywa się z naczyń tam, gdzie skutkiem zapalenia urażnego więcéj przepuszczają naczynia, z czém zgadzają się doświadczenia z cynobrem.

Że jad gruźliczy wszedłszy raz i usadowiwszy się gdziekolwiek w ustroju dostać się może także do ogólnego obiegu krwi, wątpliwości prawie nie ulega, a w ten sposób tłumaczy się przebieg gruźlicy, który przypomina najzupełniéj przerzutowe zapalenia i nowotwory. Tak bywa u suchotników w mózgu, kościach, gardle, gruczole tarczykowym, nadnerczu, śledzionie. Uwzględniając taki sposób szerzenia się gruźlicy obok innych poprzednio omówionych łatwo przyjdzie pojąć, dlaczego nieraz wiele organów okazuje zmiany gruźlicze, lubo zawsze wśród powolnego przebiegu tak, że wielu suchotników umiera pierwéj, nim do tego rozszerzenia się gruźlicy przyjdzie.

Ostra ogólna gruźlica prosowa była dla szybkości przebiegu i zajmowania rychłego tylu narządów do niedawna zagadką. Jeżeli gruźlica jest rzeczywiście chorobą infekcyjną, wypada szukać źródła, z któregoby mogła łatwo wielka ilość jadu właściwego rozejść się po ciele. Na uwagę przeto zasługuje podanie Ponficka, który w ostréj gruźlicy prosowéj znajdował gruźlicę i naciek serowaty w przewodzie piersiowym. Przypadki atoli takie są wyjątkowe. Natomiast Weigert znajdował w odpowiednich przypadkach gruźlicę naczyń, osobliwie zaś żył płucnych zwykle tak, że zmiana gruźlicza opłucny, gruczołów oskrzelowych lub śródpiersia zajmowała następnie większą żyłę płucną a nawet dostawała się do jéj wnętrza. Dalsze poszukiwania rozstrzygną, czy tak dzieje się zawsze lub téż inne są jeszcze punkta wyjścia gruźlicy ogólnéj ostréj.

Przeciwieństwo zupełne do gruźlicy ogólnéj stanowi gruźlica miejscowa, która wcale nie jest rzadką. W niektórych okolicach jest ona codzienném zjawiskiem po klinikach chirurgicznych bądź to u osób młodych w postaci obrzmiałych gruczołów limf. na szyi bądź u podeszłych wiekiem z miażdżycą tętnic lub chorobami ośrodków nerwowych, bądź w postaci ognisk gruźliczych odosobnionych w płucach lub opłucny, bądź w postaci właściwych cierpień stawowych, które niewątpliwie według skutku szczepienia należą do gruźlicy.

Przyczyny, dla których gruźlica w tych razach jest i pozostaje miejscową, nie są zupełnie wyjaśnione. Być może, że chorzy umierają przed uogólnieniem się choroby lub że gruźlica daje się wyleczyć, co w obec danych anatomicznych,

jak zabliźnienia i skredowacenia, nie ulega wątpliwości. Przypomina to bardzo kiłę, która nieraz prócz zmiany pierwotnéj i nieznacznych zmian drugorzędnych na skórze i błonie śluzowéj jamy ustnéj niczém więcéj się nie objawia. A czyż zresztą szankier miękki, który tylu lekarzy uważa dziś za objaw kiły, nie byłby taką kiłą czysto miejscową? Bardzo być może, że znaczna odporność ustroju jak jest przyczyną, że kiła w nim objawia się mniéj więcéj tylko miejscowo, tak samo chroni go od uogólniania się gruźlicy miejscowéj. Za tém przemawiają także doświadczenia na zwierzętach. U wszystkich królików po wprowadzeniu masy gruźliczéj pojawia się mniéj więcéj po jednakim czasie pierwszy wybuch choroby, ale dalszy przebieg przedstawia nader wielką rozmaitość. Jedne zwierzęta giną już po pięciu tygodniach a sekcyja wykazuje zmiany gruźlicze we wszystkich prawie organach, drugie żyją po trzy miesiące i dłużéj a zmiany chorobowe właściwe znajdują się tylko w oku i płucach, u innych jedynie w otrzewny, u niektórych wyłącznie w oku a zatém tylko miejscowo. Coś podobnego dzieje się niewątpliwie z gruźlicą u ludzi i ztąd te różnice osobnicze. Czy na to wpływa więź ciała, niewiadomo; tyle pewna, że tak zwany *habitus phthisicus* nie jest przyczyną lecz następstwem choroby; trafia się w gruźlicy nie tyle nabytéj ile odziedziczonéj. Wątpliwości bowiem najmniejszéj nie ulega, że gruźlicę można odziedziczyć tak po ojcu jak i po matce a zatém tak przez nasienie jak przez jajko. Zupełna jest to analogija do kiły z tą atoli różnicą, że kiła dziedziczna pokazuje się już za życia płodowego lub wkrótce po urodzeniu, gdy gruźlica najczęściéj po latach dopiero na jaw występuje.

Dla nas przeto obecnie nie ma żadnego usposobienia do gruźlicy, jak go nie ma do kiły, lubo niewątpliwie przy téjże saméj sposobności jeden jéj łatwiéj nabywa niż drugi, nie ma daléj w przebiegu żadnego objawu wyłącznie gruźlicy właściwego, nie ma jeduém słowem żadnéj zasadniczéj różnicy od innych chorób zakaźnych. Analogija bardzo wielka istnieje między gruźlicą a kiłą, a nawet podobieństwo co do produktów anatomicznych, a analogija ta najwięcéj ma znaczenia w kwestyi zaraźliwości, która dziś już nie ulega wątpliwości, lubo nie znamy warunków, których potrzeba do przenoszenia się gruźlicy z jednéj osoby na drugą. *D.*

Les perforations craniennes spontanées chez les enfants du premier age par M. J. Parrot.

Gdyby nie pouczanie przez codzienne doświadczenie, prawie trudnoby było uwierzyć, ażeby czaszka i mózg dzieci w pierwszych okresach ich życia ulegać mogły bezkarnie tak znacznym zmianom kształtu przez ucisk, uraz itd. Twierdzenie to najlepiéj uwydatnia stan główki płodu ulegającego sile mechanizmu porodowego. Dzieci w pierwszych miesiącach swego życia znoszą bez szkodliwych następstw zgniecenia z zaklęśnięciem oraz urazy z złamaniem kości czaszkowych; ten stan rzeczy nie przekracza jednak okresu pierwszego niemowlęctwa, t. j. okresu, w którym kości czaszkowe, spojone luźnemi szwami, są nader ruchome, a mózgowie, przedstawiając jednolitą miękką masę, zbyt jest jeszcze ubogie w uorganizowane pierwiastki przyszłéj czynności zmysłowo-duchowéj.

Macając główkę dzieci dotkniętych krzywiczą zmianą odżywczą, często spostrzegamy, że kości czaszkowe uginają się pod palcami; badanie pośmiertne wykazuje, że kości te są znacznie ścieńczone lub nawet przedziurawione, tak że okostna i opona twarda przylegają do siebie bezpośrednio. Macerując i następnie susząc takie kości przekonywamy się naocznie, że na blaszce wewnętrznéj znajdują się liczne talerzykowate zagłębienia, porozdzielane między sobą grzebieniem różnéj wysokości i grubości; jeśli zanik daléj jest posunięty wówczas kość stanowi tylko blaszka zewnętrzna, dziurkowata, do utkania koronki podobna, a po zaniknięciu z tych resztek budowy kostnéj następuje zupełne przedziurawienie od milimetra do 2 centymetrów mające w średnicy; brzegi takiéj dziury są skośno ścięte, co tylko od wewnątrz oglądając kość spostrzegać się daje.

Profesor Parrot zamierzył udowodnić w osobnéj rozprawie, że chociaż ciężar mózgowia, jak to powszechnie uznano, jest istotną niezbędną przyczyną powstawania ścieńczeń i przedziurawień kości czaszkowych, które ugniata, to jednak przyczyna ta nie jest jedyną i patologiczny stan kości jest drugą niezbędną przyczyną powstania tych zaburzeń w kościach czaszki, które obecnie nas zajmują.

Zanik kości czaszkowych małych dzieci, tak różny co do kształtu, powstaje stale w dwóch miejscach, w miarę tego, czy sprawa zanikowa nastąpiła podczas życia wewnątrzmacicznego, lub téż po porodzie; w pierwszym przypadku ścieńczenia i przedziurawienia powstają wzdłuż szwu strzałkowego symetrycznie z obu stron, nie przekraczając guzów czołowych z przodu, a ciemieniowych z tyłu; Parrot badał 44 takich czaszek, należących do dzieci, które średnio żyły 17 dni; znaczna ich część przyszła na świat przedwcześnie, a wszystkie pomarły na uwiąd ogólny.

Jeśli zmiany zanikowe kości czaszkowych, które powstają podczas życia wewnątrzmacicznego, zajmują zawsze przednio-górną część głowy, to natomiast zmiany powstające już za życia usadowiają się zwykle w okolicy tylno-dolnéj. Na 135 przypadków, należących do téj kategoryi, naliczył Parrot 57 zupełnych przedziurawień. Zmiany zanikowe wystąpiły symetrycznie 87 razy, 41 razy wybitniéj wystąpiły po stronie prawéj, a tylko 7 razy po stronie lewéj.

Jaka jest przyczyna i mechanizm tych zmian? Płód do 7 miesiąca zajmuje w macicy takie ułożenie, że główka jest zwróconą ku górze, przyczém górno-przednia część główki jest pochyloną naprzód. Począwszy od 8 miesiąca główka płodu obraca się ku dołowi i układa się tak, że kościom ciemieniowym i czołowym przypada położenie najniższe; jeśli teraz przypomnimy sobie, że wśródmaciczny zanik kości czaszkowych płodu dotyczy właśnie przednio-górnéj okolicy, to związek tych spraw patologicznych z ułożeniem dziecka w macicy i ciśnieniem mózgowia na kości ciemieniowe i czołowe staje się widocznym.

Dla wytłumaczenia zmian zanikowych w kościach czaszkowych, powstających już za życia, Parrot podaje, że spostrzegał je głównie w klasie ubogiéj, gdzie dzieci pozostają długiemi godzinami w położeniu na plecach, lub na stronie prawéj, najrzadziéj na lewéj, przyczém cały ciężar mózgowia przypada na kości tyłogłowia, spoczywające na zbitém posłaniu.

Jeśli powyższy opis usuwa wszelką wątpliwość, że ciężar mózgowia odgrywa pierwszorzędną rolę w wytwarzaniu zaniku kości czaszki małych dzieci, to już ten sam jeden wzgląd, że sprawie téj chorobowéj ulegają nie wszystkie dzieci, znajdujące się w jednakich warunkach, każe wnosić, że prócz ciężaru mózgowia są jeszcze inne, nie mniéj ważne czynniki, a mianowicie: że kości przez zmiany chorobowe

ulegają utracie zbitości swéj budowy i nie stawiają należytego oporu naciskowi mózgowia.

Parrot utrzymuje, że jedyną przyczyną zaniku kości czaszkowych, jeśli takowy powstaje po urodzeniu, jest kiła dziedziczna; badając 271 czaszek kiłowych znalazł ten badacz sprawę zanikową u 135 dzieci (50%), a z tych znacznemu ścieńczeniu uległo 78 czaszek a 57 było przedziurawionych; z załączonéj przez autora tablicy wynika, że zmiany zanikowe czaszki kiłowéj nie występują u płodu i przed końcem 1 miesiąca życia, natomiast największa ilość przypada na okres od 1 do 12 miesiąca życia, a z 135 przypadków u jednego tylko dziecka spostrzegał autor przedziurawienie po 4 roku życia.

Czaszki kiłowe z zmianami zanikowemi tém się wyróżniają, że mają ciemiączko znacznie większe, i obok ścieńczeń i przedziurawień spostrzegają się na nich wyrośle kostne w miejscach nigdy zanikowi nie ulegających; ten antagonizm ścieńczeń lub przedziurawień z jednéj a zgrubień kostniakowych z drugiéj strony, stanowi podług Parrota istotną cechę czaszek kiłowych.

W jaki sposób skaza kiłowa sprzyja zanikowi kości czaszkowych pod wpływem ciężaru mózgowia? Parrot tłumaczy tę sprawę chorobową w ten sposób, że u osobników dotkniętych kiłą dziedziczną, zanim wystąpią zmiany swoiste téj skazie, spostrzegać się daje okres krzywiczy, podczas którego kości utracają swe tęgie utkanie, pozbawiają się wapna, a pozostaje przeważnie utkanie organiczne, tkankołączne, obok naczyń i tłuszczu; w pokładach świeżych spostrzega się ten sam brak soli wapiennych, a ciałka gwiazdkowate, podobne do tkanki łącznéj, zastępują miejsce osteoblastów; w obec podobnie nietrwałéj budowy każdy czynnik napierający wywrze wpływ niszczący.

Wytłumaczywszy warunki i sposób powstawania zaniku kości czaszkowych u dzieci, jeśli te zmiany zanikowe powstają po porodzie, Parrot przyznaje, że nie posiada dobrze określonéj odpowiedzi dla objaśnienia warunków i przyczyn téj sprawy zanikowéj u płodu; jeśli kiła dziedziczna, powiada Parrot, nie odgrywa tu roli przyczyny wyłącznéj, to natomiast nigdy tu nie brakowało głębokich zaburzeń odżywczych.

Przedziurawienia czaszkowe zwykle zasklepiają się, jeśli polepszenie warunków odżywczych ustroju obudzi siły tkankotwórcze.

Elsässer był pierwszym z autorów, który dokładnie opisał stan chorobowy kości czaszkowych, *craniotabes* przez niego nazwany; klinicysta ten miał zupełną słuszność utrzymywać, że przyczyną *craniotabes* jest ujęcie kości między gniotącém je mózgowiem a twardém posłaniem, że dzieci krzywicze ulegają mu; lecz myli się twierdząc, że zanik kości czaszkowych nie bywa wrodzonym, nie zdarza się przed 3 miesiącem życia, i że dotyka tylko kości tyłogłowia. O wpływie kiły wrodzonéj na *craniotabes* Elsässer (i inni autorowie) nie wspomina; Vogel poszedł za Elsässerem, West przypuszcza, że pierwotną przyczyną *craniotabes* jest przerost mózgówia, co jeszcze wyraźniéj wypowiada Giraldès; Broca również mówi o przeroście mózgowia, lecz jako o sprawie następowéj, a pierwotnie podług tego badacza wytwarza się większy przestwór śródczaszkowy, w skutek zaniku kości powstający, lecz żaden z przytoczonych autorów nie złożył dowodu na poparcie swych twierdzeń. Parrot utrzymuje, że zwiększona objętość przestworu wewnątrzczaszkowego jest tylko pozorną, gdyż w obec wyniszczenia ogólnego czaszka pozostając jednaką wydaje się tylko być nadmiernie wielką, wyrośle kostniakowe również nadają głowie pozór wielkich rozmiarów, co również jest tylko złudzeniem; jeśliby przerost mózgowia był powodem *craniotabes*, powiada Parrot, powstawałby on nie na stałych miejsach pewnych kości czaszkowych, lecz wszystkie kości ulegałyby sprawie zanikowéj.

(Oddając należne uznanie temu, co w pracy Parrota jest nowego i pouczającego, jak np. stwierdzenie istnienia *craniotabes* wrodzonego, lub udowodnienie przeważnego wpływu kiły dziedzicznéj na powstawanie téj sprawy chorobowéj, trudno pisać się na jego zdanie, jakoby głowa u krzywiczych dzieci była tylko pozornie większą: kto mierzy często głowy dzieci, jak to sprawozdawca ma codzienną sposobność w szpitalu św. Ludwika, ten nabrał niezachwianego przekonania, że dzieci, które przebyły w kościach czaszki zmianę odżywczą, krzywicą zwaną, ulegają obok zmiany kształtu zwiększeniu wszystkich wymiarów takowéj, w stosunku do liczb przeciętnych podanych w tablicy Liharzika; natomiast wielka wrażliwość takich dzieci, nie zwykła łatwość odruchów, które usposabiają takie osobniki do drgawek, a wreszcie nad wiek rozwinięta siła pojmowania i rozumowania, świadczą o wcześniejszym i obfitszym rozwoju pierwiastków mózgowych, czyli dowodzą przerostu mózgu. *Spraw.*) (*Revue Mensuelle* Nr. 10 z r. 1879).

Dr. A. Kwaśnicki.

Sydney Ringer: **Tonga, lek używany przez krajowców wysp Fidji przeciw nerwobólom.**

Przed kilku miesiącami otrzymał S. Ringer za pośrednictwem wychodźcy europejskiego pakiet sproszkowanych roślin, używanych przez krajowców wysp Fidji od kilkuset lat przeciw nerwobólom. Gatunek botaniczny roślin nie jest dotąd autorowi znany, lecz tenże spodziewa się takowy za pośrednictwem podróżników angielskich oznaczyć. Doświadczał skuteczności naparu i wyciągu wodnego roślin w 8u przypadkach gwałtownego nerwobólu, jako to: w nerwobólu nerwu nadoczodołowego i podoczodołowego, prawego i lewego nerwu potylicowego, jednéj lub więcéj gałęzi nerwu trójdzielnego, w nerwobólu szczęki dolnéj i nerwów ciemieniowych. W sześciu z tych przypadków nastąpiło najpóźniéj po 5 dniach zupełne uleczenie (*sic*) (chorzy byli przez autora kilkakrotnie późniéj badani). W jednym przypadku nastąpiło znaczne polepszenie, a w jednym nie przyniósł środek doświadczany żadnego skutku. Autor nie zauważył po użyciu nawet znacznych dawek tego leku (do 1uncyi naparu) żadnych przypadów zatrucia prócz lekkiéj senności. Na zachowanie się źrenicy środek ten nie wywierał również żadnego wpływu, tak wewnętrznie podawany, jak zewnętrznie wkraplany do worka spojówkowego (*the Lancet* Nr. 10, 1880).

Dr. Ponikło.

Penzoldt: **O wartości leczniczéj rośliny quebracho.**

W Nrze 2 Przeglądu Lek. r. b. zdaliśmy sprawę z pomyślnych skutków leczniczych kory *quebracho* (kebraczo), otrzymanych w licznych przypadkach duszności przez Przibrama, Krautha, Bertholda i Picota. Od tego czasu pojawiła się rozprawa Laquera z kliniki prof. Bergera w Wrocławiu, w któréj tenże opierając się na doświadczeniach w pomienionéj klinice z powyższym środkiem czynionych, znacznie ogranicza zachwalaną w pierwszych doniesieniach skuteczność jego, oraz kładzie nacisk na jego działa-

nie narkotyczne i smak nieprzyjemny. Przeciw tym to wnioskom Laquera występuje obecnie Penzoldt (*Berlin. klin. Wchft.* N. 10), wykazując w artykule przeważnie polemicznym przyczyny, dla których wypadki doświadczeń Laquera nie zgadzają się z jego własnemi i innych autorów. Niezgodność ta polegać ma zdaniem Penzoldta na tém, że w klinice Bergera używano wątpliwéj wartości leku w mowie będącego, tudzież że nie stósowano go w postaci przez Penzoldta poleconéj, lecz po prostu jako wyciągu z kory quebracho. Jak dotąd P. uważa jedynie przetwór według własnego przepisu sporządzany za czysty i skuteczny. Przepis ten jest następujący: 10 grm. drobno sproszkowanego drzewa (kory) moczy się w 100 grm. czystego wyskoku przez tydzień w naczyniu szczelnie zamkniętém; następnie się sączy, przesącz odparowuje (w łaźni wodnéj) do suchości, rozpuszcza w 20 cm. sześc. wody gorącéj i znów się sączy. Wodny ten roczyn, jeśli pochodzi z drzewa, jest czerwono-brunatny i niekiedy mętny, przyrządzony zaś z kory, bywa przeźroczysty i żółty. Przetworu tego daje się dorosłym 1—2 łyżeczek trzy razy dziennie, a nawet i więcéj. Ujęty w formę recepty przepis ten brzmiałby: Rp. *Ligni (cortic.) quebracho subtiliss. pulver. 10·0 macera per dies septem in vase vitr. bene clauso c. spirit. vini rectificatiss. 100·0, dein filtra et inspissat. solve in aquae ferv. 20·0 filtra. DS.* Trzy razy dziennie po 1—2 łyżeczek. Jeśliby zaś aptekarz był obeznany ze sposobem przyrządzania, możnaby pisać krótko: Rp. *Extr. spirit. ex 10·0 lign. (cortic.) quebracho solve in aq. dest. 20·0 DS.*

W których chorobach *quebracho* uśmierza towarzyszącą duszność a w których nie, trudno jeszcze określić. Najskuteczniéj zdaje się środek ten działać u chorych dotkniętych rozedmą płuc. Można jednakże osiągnąć korzystne skutki także w nieżycie oskrzelowym, suchotach płucnych, wadach sercowych (schorzenie zastawek i mięśnia sercowego), a nawet i w *asthma spasmodicum*; działanie leku jest przemijające. Że skuteczność utrzymuje się także po dłuższém używaniu, mianowicie także po odstawieniu leku, zdaje się być prawdopodobném. Skutków nieprzyjemnych ubocznych nikt dotąd, używając prawdziwego drzewa *quebracho*, nie spostrzegał. Oczywiście że nie w każdéj postaci duszności możemy się spodziewać skuteczności leku. W duszności polegającéj na podstawie mechanicznéj (niedrożność dróg oddechowych, znacznego stopnia zwężenia lub zatkania oskrzeli wydzieliną lub skutkiem obrzmienia błony śluzowéj) nie pomoże żaden lek w świecie, a więc i *quebracho*. Trzeba także dla każdego osobnika wypróbować wielkość dawki, gdyż jak to wypływa z doświadczeń na zwierzętach, zbyt wielkie dawki leku mogą właśnie wywołać duszność, zbyt małe zaś nie mogą być skutecznemi. Nareszcie może to także zależeć od indywidualności, u którego chorego *quebracho* działa skutecznie lub nie. *St. Sm.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Krwotok uszny u powieszonego.**

Przypadki krwotoku usznego u powieszonych są bardzo rzadkie; H. zestawia je z literatury (są one opisane przez Morgagniego, Bernta, Wildego, Taylora, Ogstona i Maschkę, a miały one polegać głównie na przedarciu błony bębenkowéj). H. z góry nie przypuszczał, aby krwotok ten był następstwem urazu błony bębenkowéj, bo jakkolwiek silne i nagłe ściśnienie powietrza znajdującego się w uchu wewnętrznem może pociągnąć za sobą pęknięcie błony bębenkowéj, to jednak trudno przypuścić, aby ściśnienie takie nastąpiło przy powieszeniu. Autor miał sposobność robienia sekcyi na zwłokach mężczyzny 68 lat liczącego, a którego znaleziono bez życia, powieszonego, z krwotokiem usznym obustronnym. Spojówki gałkowe były mocno krwią podbiegnięte, w przewodach usznych zewn. nieco krwi płynnéj i skrzepłéj, w powłoce czaszkowéj i na m. skroniowym pr. wynaczynionki; w jamach bębenkowych nie ma krwi, bł. śluzowa ich nastrzyknięta, blony bębenkowe nieuszkodzone, w tylnym przewodzie słuchowym przyskórek zmacerowany, łatwo schodzący, miejscami podniesiony przez krew płynną w postaci pęcherzy, których dno krwawo jest nasiąknięte, tak samo i wał błony bębenkowéj, tętnice młotkowe nastrzyknięte. Nie ulega więc wątpliwości, że krwotok uszny nie był objawem pośmiertnym (zwłoki przy sekcyi nie gniły jeszcze a nadto krwotok spostrzeżono zaraz po odkryciu trupa) i że takowy nie był następstwem uszkodzenia błony bębenkowéj, lecz pochodził od powłoki przewodów zewnętrznych; powstał zaś w taki sam sposób, jak wynaczynienia w spojówkach i powłoce czaszkowéj, tj. jako skutek i objaw częściowy znacznego zastoju krwi, powstałego w głowie skutkiem duszenia. Tak więc powstało naprzód przekrwienie zastoinowe i wynaczynionki w tylnych częściach przewodów zewn. słuchowych, a późniéj przedarcie się krwi wynaczynionéj przez cienki przyskórek. Wynaczynienia takie zdarzają się dosyć często w uchu środkowém i w przewodzie zewn. zwłaszcza przy uduszeniu; nie zwracano tylko dotąd na nie należytéj uwagi. W uchu środkowém już Wendt znachodził takowe, a H. również kilka razy napotkał u uduszonych wynaczynionki w jamie bębenkowéj, badając takowe sposobem Wredena-Wendta; znaleźli je także Legroux i Gellé u psów, które dusili. U ludzi zmarłych z powieszenia rzadko kiedy zdarza się sinica i wynaczynienie w spojówkach, a wynaczynienia w przewodach usznych pozostają w ścisłym związku ze sinicą twarzy i wynaczynieniem spojówkowém; dlatego na obecności lub braku tych objawów wcale polegać nie można przy ocenianiu śmierci z powieszenia. — W końcu H. zwraca uwagę, że w przewodzie usznym zewn. wyściółka przyskórkowa ku błonie bębenkowéj staje się coraz cieńszą, że tamże jest wilgotną i rozpulchnioną, że więc tam dane są warunki do powstania pęcherzy krwawych i do przebicia się krwi na zewnątrz. Dlatego téż przy krwotokach usznych tak na żywych jako i na zmarłych wcale niekoniecznie przypuszczać należy uraz błony bębenkowéj, a tém mniéj pęknięcie czaszki, bo przyczyna krwotoku może być o wiele nieznaczniejszą. (Porówn. wykład Urbantschitscha, Przegl. Lek. z r. b. Nr. 9. *Sprawozd.*) (*W. med. Presse* 1880, Nr. 7—11). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Zgodnie z postrzeżeniem Bardenhevera (*Berl. klin. Wchft.* 1877 Nr. 10) donosi Dr. Weinberg o korzystném działaniu pilokarpinu w dwóch przypadkach morzyska ołownego. Gdy w obydwóch przypadkach tak przetwory makowca jako i środki przeczyszczające okazały się bezskutecznemi, wstrzyknięto pod skórę 0·02 pilokarpinu, poczém wśród obfitych potów i ślinienia bóle rychło ustąpiły a nastało wypróżnienie stolca. W drugim przypadku, w którym po wstrzyknięciu 0·015 pilokarpinu działanie leku było niedostateczne, podane przez omyłkę 0·085 pilok. w lewatywie wywarły rychło pożądany skutek. (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 24, 4 i 5).

ss) Jako rzadki przykład zboczenia umysłowego wywołanego atropinem podał pierwszy Friedreich (*Handb. der allg. Path. der psych. Krankh.* 1839) historyję choroby pułkownika francuskiego Marmiera, który skutkiem wziewania pary wywiązującéj się z odwaru wroniego oka (przeciw cierpieniu gardła), popadł w krótko trwający stan najdziwaczniejszych omamów i urojeń zmysłowych. Podobny przypadek opisuje także Laurend, który postrzegał podobne zboczenie umysłowe u chłopca otrutego wyciągiem wroniego oka. Friedreich nawet twierdzi, że t. zw. jasnowidzenie i zachwyt a właściwie pewien stan obłąkania u czarownic pochodziły ztąd, że kobiety te nacierały się maścią cudowną, składającą się w główném części z przetworów wroniego oka, jak to np. wykazano u spalonéj w końcu zeszłego wieku za czarodziejstwo Renaty, przeoryszy klasztoru würzburgskiego. W *Allg. Ztschrft. f. Psychiatr.* Tom 36, 4, opisuje Dr. Kowalewski, docent psychijatryi w Charkowie, przypady takiegoż zboczenia umysłowego u mężczyzny, któremu w celach leczniczych zapuszczono zbyt wielką dawkę atropinu do worka spojówkowego. Chory ten, będący prawie ślepym, ujrzał nagle wielki blask, zdawał się znajdować w uroczém jakiémś otoczeniu, widział wszędzie pełno zwierząt, ludzi i drzew, słyszał rozgłośne ryki i śpiewy itp.; to znów spędzał z siebie uporczywie pełzające niby po ciele jego robactwo, tak że bezustannie popadał w stan to najwyższego zachwytu to ciężkiego pognębienia. Wśród takich przypadków dopiero 5go dnia pokazały się objawy zwykłe otrucia atropinem (suchość w ustach, ściąganie w gardle itd.). Odtąd chory uspokajał się coraz więcéj, a 10go dnia był już zdrów zupełnie. K. zwraca uwagę, że powstawanie zboczeń umysłowych skutkiem nadużycia atropinu może być ważném pod względem sądowolekarskim, gdyż „przestępca, znający tę własność atropinu, mógłby np. na czas badania, wywoływać u siebie dowolnie prawdziwy obraz zboczenia umysłowego.“(?)

ss) Pomiędzy licznemi sposobami leczenia suchot płucnych polecano w nowszych czasach także wziewanie azotu. Sposobu tego używają już od lat kilku w zakładach kąpielowych koło Paderbornu i w Neu-Ragoczy, gdzie azot wywiązujący się ze źródeł przeprowadzają do gabinetów, w których chorzy przez kilka godzin na dzień przebywają. Obecnie lekowanie to stało się znacznie przystępniejszém, odkąd Dr. Treutler podał przyrząd do odciągania powietrzu atmosferycznemu tlenu drogą zimną, tak że możemy teraz dla każdego chorego miarkować potrzebną ilość azotu. Dr. Krull podaje w *Berl. klin. Wchft.* N. 10 przebieg choroby u 31 suchotników, wziewaniami azotu zapomocą przyrządu Treutlera leczonych. Z opisu tego wynikałoby, że pod wpływem wziewań azotu u znacznéj części chorych stan się znakomicie polepszał, kaszel, poty, gorączka ustępowały, ciężar ciała i pojemność płucna powiększały się, a i objawy przedmiotowe ze strony płuc ulegały znacznéj zmianie na lepsze. Najgorsze stosunkowo wypadki otrzymał K. u chorych z suchotami dziedzicznemi.

ss) Wilson (*Brit. med. Journ.* 1880, 31 stycznia) poleca zażywanie sproszkowanego jodoformu w postaci tabaki przeciw nieżytowi nosa. Sposób ten ma uśmierzać i skracać nieżyty nosa, zwłaszcza ciężkie; w lekkich postaciach środek ten ma być rychléj szkodliwym niż pożytecznym.

ss) Dr. Vandois donosi (*Progrès med.* 1880, Nr. 6) o skuteczności polecanych przez Blachego kapsułek kamfinowych, *Capsules d'huile de Gabian*, w cierpieniach dróg oddechowych, także i w pierwszym okresie suchot, połączonych z obfitém wydzielaniem wypociny. Środek ten ma w powyższych cierpieniach a także i w napadach astmatycznych znakomite oddawać usługi. V. sądzi, że korzystne to działanie kamfiny przypisać należy szybkiemu wydzielaniu się tego środka przez płuca. V. podaje do 20 kapsułek rano i wieczorem; Blache zaś twierdzi, że chorzy mogą i 200 grm. zażywać bez szkody.

ss) Pomiędzy środkami polecanemi w nowszych czasach w celu zapobieżenia gorączce połogowéj, zachwalano także wypłukiwanie po każdym, nawet i prawidłowym porodzie pochwy, szyi macicznéj i saméj macicy 2—3% rozczynem kwasu karbolowego za pomocą cewy połączonéj z irygatorem. O skuteczności i wartości leczniczéj tego to zabiegu donosi Dr. Hofmeier w *Centralblatt für Gynaekologie* co następuje: Z 260 przypadków prawidłowego porodu, w których przepłukiwano w powyższy sposób macicę, zapadło na różne sprawy zapalne ze strony narządu płciowego 42 czyli 16%, z 249 zaś takichże przypadków, w których zabiegu wzmiankowanego zaniechano, 19 czyli 8%; i to z pierwszéj grupy 8 z przebiegiem ciężkim, z ostatniéj tylko 1. Liczby te nie przemawiałyby więc bynajmniéj za skutecznością rzeczonego przepłukiwania, a zdaniem H. zabieg ten ma być jeszcze niebezpieczniejszym śród niekorzystnych w ogóle stosunków połogowych. — Inaczéj rzecz się ma w razach, gdy już podczas porodu rozwijają się procesy rozpadu i gnicia, z wytwarzaniem gazów w macicy i następową gorączką. Przedewszystkiém należy tu masy rozpadowe jak najzupełniéj wydalić i uczynić je nieszkodliwemi. W tym celu może służyć przepłukanie macicy rozczynem przynajmniéj 5% kwasu karbolowego. Z leczonych w ten sposób 27 rodzących, u których wytwarzały się gazy w macicy, a gorączka dochodziła do 41,3, tętno zaś do 144, zmarło tylko 6, t. j. 22%. Również i po wydaleniu gnijących resztek po poronieniu, można przez przyżeganie błony śluzowéj macicy rozczynem karbolu przerwać i stłumić dalszy proces rozpadu i gorączkę.— W tymże czasopiśmie opisuje Dr. Reimann z Kijowa przypadek, w którym przepłukanie macicy bardzo niebezpieczne pociągnęło za sobą następstwa. U kobiety, u któréj po niezupełném wydobyciu łożyska, odpływ z części rodnych stał się cuchnącym i lekkie powtarzały się dreszcze, przedsięwzięto przepłukiwanie macicy 2% rozczynem kw. karbolowego. Po pierwszém przepłukaniu chora skarżyła się tylko na nudności i ból głowy: po drugiém zaś tętno stało się bardzo częste, nitkowate, nastała duszność, poty, zziębnienie odnóg, rozszerzenie źrenic, powietrze wydychane okazywało wyraźną woń kwasu karbolowego a mocz był skąpy i prawie czarny. Mimo dość rozcieńczonego rozczynu kw. karbolowego, użytego do przepłukania macicy, rozwinęło się więc w tym przypadku ostre zatrucie kwasem karbolowym. Chora powoli wróciła do zdrowia, chociaż przez dłuższy czas jeszcze tak charakterystyczna woń oddechu, jako i ciemna barwa moczu utrzymywały się.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna odbyła d. 13 bm. pod przewodnictwem prof. Janikowskiego posiedzenie, na którém: 1) uchwalono, aby masło na targach było sprzedawane w osełkach zamiast w garnuszkach wbrew przedstawieniu komisaryjatu targowego, który za sprzedażą w garnuszkach obszerne robił przedstawienie; 2) przyjęto do wiadomości rozporządzenie Rady szkolnéj okręgowéj, aby szkoły podczas mrozów powyżéj 16° R. były zamykane; 3) uchwalono nie ogłaszać w „Czasie“ wiadomości o konfiskatach targowych z powodu kosztów z tém połączonych, tylko oświadczono się za tém, aby fałszerzy pokarmów lub napojów karano aresztem lub grzywnami; 4) nie przychylono się do prośby, aby pozwolić używać wody ze studni domu pod l. 113 Dz. I. do celów gospodarczych, ponieważ nie da się ściśle przestrzegać, czy wody używa się tylko do potrzeb gospodarczych; 5)

uchwalono pozwolić używać wody ze studni pod l. 349 Dz. I, ponieważ według badania chemicznego prof. Stopczańskiego nie jest w znacznym bardzo stopniu zanieczyszczoną; 6) uchwalono wysłać komisyję do zbadania stanu studni saméj i jéj otoczenia pod l. 40 Dz. IV, któréj woda zawiera 4,0 kwasu azotowego na 100000 wody; 7) ogłoszenie dotyczące policyi zdrowia wydane przez magistrat lwowski oddano Drowi K. Grabowskiemu do opinii, czy i w Krakowie należałoby takowe zużytkować; 8) Dr. Buszek podał wiadomość o śmiertelności m. Krakowa w ostatnich miesiącach głównie z ospy i stwierdził, że epidemija ospy w lutym się przełamała; 9) Dr. Lutostański odczytał część pracy statystycznéj dotyczącéj wychodków w mieście Krakowie. *J. B.*

Statystyka epidemij. W Londynie bardziéj się rozszerzyła ospa (w 9 tygodniu), leczyło się w szpitalach 175, zapadło świeżo 58, umarło 13. W Budapeszcie umarło 4, w Tryjeście 6, w Petersburgu 8, w Madrycie 35, w Paryżu 78, w Wiedniu 10, w Bukareszcie 38. Odra jeszcze bardziéj się rozszerzyła w Amsterdamie i Madrycie. Z duru umarło w Paryżu mniéj znacznie 67, za to w Petersburgu o wiele więcéj mianowicie z duru brzusznego 60, z duru powrotnego 28, z duru osutkowego 39. Krztusiec ustaje w Londynie. W tygodniu 10 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 1 z gorączki połogowéj, 1 z kiły, a doniesiono o 11 przypadkach ospy (5 w wojsku, 1 ze Zwierzyńca, 1 z ul. Żydowskiéj l. 231; 1 z koszar straży pożarnéj, 1 z Kleparza, 1 ze szpitala św. Ludwika); 1 ospicy (z ul. Górnych Młynów l. 112); 1 płonicy (?); 1 duru brzusznego (z Podgórza); 1 róży; 16 zimnicy (w wojsku).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 9 umarło na 1000 i rok w Krakowie 40,0; w Warszawie 26,3; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 28,8; w Budapeszcie 34,6; w Tryjeście 41,3; w Berlinie 26,2; w Monachowie 32,9; w Wrocławiu 30,5; w Dreźnie 21,2; w Lipsku 23,1; w Bazylei 34,7; w Brukseli 29,3; w Paryżu 31,0; w Londynie 23,7; w Kopenhadze 26,7; w Stokholmie 28,8; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 55,4; w Odesie 35,4; w Rzymie 56,0; w Bukareszcie 43,9; w Madrycie 53,7; w Aleksandryi 32,9; w Nowym Yorku 23,2; w Bombayu 32,4; w Madrasie 51,8. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 17 marca. Donosiliśmy w swoim czasie, że stowarzyszenie lekarzy dolno-austryjackich z powodu jubileuszu srebrnego wesela N. Państwa rozpisało konkurs na najlepsze dzieło popularne o higijenie. Stowarzyszenie otrzymało w skutek tego konkursu 11 rękopismów. Sędziowie (radca dworu Langer, prof. Nowak i Dr. Witlacil) przyznali nagrodę (300 zła.) pracy nadesłanéj pt. *„Gesundheitslehre für das Volk, in 19 Briefen an eine Frau,“* któréj autorem jest Dr. Franciszek Höber, lekarz prakt. w Homburgu a/H.

* Po Sukiennicach najbardziéj imponuje przyjeżdżającym do Krakowa, zwłaszcza lekarzom, szpital św. Łazarza, który z każdym rokiem coraz bardziéj nabiera wejrzenia wielkomiejskiego. Przy nadchodzącéj wiośnie wypadałoby atoli pomyśleć o założeniu ogrodu, który jest koniecznie potrzebnym dla chorych, a zwłaszcza rekonwalescentów.

* Dr. J. Kopernicki, Docent Uniw. Jagiell. d. 1 maja udaje się do Maryjenbadu, gdzie jako lekarz zdrojowy ordynować będzie w ciągu całego sezonu.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Sklifaszewski w Petersburgu mianowany został profesorem kliniki chirurg. w Moskwie. — Guéniot w Paryżu wybrany został członkiem akademii lekarskiéj.—Radca dworu Dr. Maurycy Röll, b. prof. weterynaryi we Wiedniu, powołany został do bióra sanitarnego w ministerstwie spraw wewn. jako nadzwyczajny referent fachowy w sprawach weterynarskich.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Auzoux, anatom, słynny ze swoich preparatów, w 82gim roku życia, a w Bordeaux okulista Guépin licząc lat 48.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 5: Kramarzyńskiego (w Brzesku): Przypadek sądowolekarski; Żulińskiego (we Lwowie): Dusznica bolesna; Eitelberga: Kilka słów o higijenie zwierząt domowych. — W *Medycynie* Nr. 11: Matlakowskiego: Dwa przypadki pewnéj postaci przewlekłego zapalenia krtani; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych w Mieni (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Wisłockiego: Leczenie sztucznem powietrzem (c. d.); hr. Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. W sprawie słowniczka wyrazów psychijatrycznych, omówionego w Numerze ostatnim, otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Kolego Redaktorze!

W imieniu Komisyi terminologicznéj, t. j. kol. prof. Oettingera i swojém, pospieszam podziękować za to, że Szanowny Kolega tak rychło poddał dokładnemu i łaskawemu rozbiorowi ogłoszony na próbę słowniczek psychijatryczny. Tym sposobem szczegóły wątpliwe terminologii psychijatrycznéj naszéj wprowadzone zostały słusznie na tory roztrząsania w dzienniku lekarskim: ponieważ jednak nie wszystkie uwagi Szan. Kolegi potrafiły nas przekonać: przeto uprzejmie upraszam o gościnność dla następującéj odpowiedzi w „Przeglądzie Lekarskim“.

A najprzód nie możemy się zgodzić na pewną przesadę logiczności, z powodu któréj Szan. Kolega chciałby potępić takie wyrażenia, jak np.: otępienie obojętne, podniecenie szalone, obłąkanie rozprawiające lub rozumujące, obłęd złodziejski itd., ponieważ właściwie nie otępienie, lecz człowiek otępiały jest obojętnym; ponieważ nie obłąkanie, lecz obłąkany rozprawia lub rozumuje; ponieważ chory na kleptomanię nie jest złodziejem, ale podobnym do złodzieja itd. Ale w języku naszym (podobnie jak w wielu innych) nie ma potrzeby takiéj przesady logicznéj; każdy rozumie, co znaczy „pomysł szalony“ albo wieczór tańcujący“, chociaż nie pomysł oszalał, tylko człowiek, w którego głowie powstał; ani téż wieczór nie tańcuje, lecz zebrani goście. Z tego powodu, zdaniem naszém, wyrażeń powyższych itp. odrzucać bezwarunkowo nie można. Zresztą co do otępienia obojętnego przyznaję, iż tłumaczenie wyrazu *dementia apathica* jest zbyt niewolnicze; może stósowniejszém byłoby: otępienie krańcowe. Co do wyrażeń na *dementia* i *idiotismus*, pragnęliśmy wyraz niedołęstwo zachować dla formy pierwotnéj (wrodzonéj lub wcześnie nabytéj), otępienie zaś dla formy następowéj osłabienia umysłowego.

Co do obłędu mężobójczego, to wyraz mężobójstwo znaleźliśmy w słowniku prawniczym Akademii Umiejętn. (wyd. 2ie, Kraków, 1874, str. 206). Nie mamy zamiaru kruszyć kopii za wyrazami: zbałwanienie (*automatisme*), czartobłąd (*daemonomania*), bożobłąd (*theomania*), które kładliśmy na 2ém lub 3ém miejscu, lubo zdaniem naszém dosyć dobrze oddają myśl główną; ale nie trafia nam do przekonania powód przytoczony przeciwko pierwszemu z tych wyrazów, a mianowicie, że jest zbyt trywijalny. Zapewne, że w towarzystwie kobiet nie powiemy o kimś, że zachowuje się jak bałwan; ale téż w towarzystwie takiém nie użyjemy wyrazów: cuchnienie, głupota, niechluj (*gâteux*), pośladek itp., bez których w pismach lekarskich nie możemy się obejść.

Co do wyrazu *Präcordialangst* Szan. Kolega tylko nam powiedział, że udręczenie przysercowe jest tłumaczeniem niestosownem; nam się zdaje, że ujdzie w braku lepszego, albowiem jestto w saméj rzeczy uczucie udręczenia biorące początek w okolicy przysercowéj.

Nareszcie dodatek w nawiasie przy tłumaczeniu wyrazów francuskich: *cagots* i *cretins* nie zdaje nam się być zbytecznym, albowiem objaśnia, w jakich okolicach Francyi te wyrazy są używane.

Łączę koleżeńskie pozdrowienie

w Krakowie dnia 14 marca 1880. *Prof. Janikowski.*

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 23 marca o godz. 5téj popołudniu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém 1) kol. Śliwiński odczyta wiadomość o zakładzie żentyczno-klimatycznym w Kulasznem i sprawozdanie z ubiegłéj pory letniéj; 2) kol. Skórczewski odczyta z swéj dyjetetyki zdrojowéj dalszy ciąg o środkach leczniczych, a zwłaszcza o kąpielach.

Korespondencyje Redakcyi i Administracyi

Dr. R. w Chełmnie: Otrzymaliśmy i dziękujemy za obiecane sprawozdanie. — **Dr. Z. w Brzeżanach:** Artykuł umieści-

my, prosimy tylko o cierpliwość. Podajemy Koledze 4 dzieła traktujące o szpitalach choć literatura téj części higijeny jest bardzo obfitą. 1) Esse *Die Krankenhäuser, ihre Einrichtung u. Verwaltung*. Berlin 1866, z atlasem. 2) Dr. Oppert: *Hospitäler u. Wohlthätigkeitsanstalten*. Hamburg 1875. z 69 rycinami. 3) Dr. Sander: *Ueber Geschichte, Statistik, Bau u. Einrichtung der Krankenhäuser nebst einem Bericht über das Krankenhaus der Stadt Barmen*. Z 3 tablicami i tabelką. Köln 1875. 4) Husson *Etude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leurs batiments, de l'ameublement, de l'hygiene et du service des malades*. Paris. 1863, w 4ce. W czasopiśmie *Annales d'hyg. publ.* znajduje się: Sarazin *Essai sur les hôpitaux,dimensions, emplacement construction aeration chauffage et ventilation*. (T. XXIV 1865). Tegoż: *Essai sur les hôpitaux de Londres*. (T. XXV 1866). Jacquement: *Des hopitaux et des hospices des conditions qui doivent presenter ces etablissements au point de vue de l'hygiene et des interets de population*. (T. XXVII 1867). — **Prof. Ł. w Warszawie:** Serdecznie dziękujemy. żałujemy tylko, że już w tym numerze nie może być umieszczoném.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.